**Allegato A**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti ......................................................................................................................................... genitori di.................................................................nato a.........................................il.............. residente a ................................................. in via................................................................................ frequentante la classe .......... della Scuola...........................................................................................

Essendo il minore effetto da …................................................................ e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ................. dal dott. …........................................................... Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data ......................................... il........................ Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

**Nu m er i di tele fono ut ili:**

Pediatra di libera scelta/medico curante: ................................................................. Genitori .........................................

........................................